

Henvisning til Diakonissestiftelsens Hospice

Hospice Navn, afdeling, postadresse og telefonnr. Diakonissestiftelsens Hospice Dronningensvej 24 2000 Frederiksberg Fax.: 38 38 49 40	Patient Personnr., navn, adresse og telefonnr.
Pårørende, navn, telefonnr. og relation	Hvor opholder patienten sig?
	Sted:
	Tlf.nr.:

Indlæggelse <input type="checkbox"/> Terminalt ophold <input type="checkbox"/> Symptomlindring (kortere ophold) <input type="checkbox"/> Akut/haster <input type="checkbox"/> Subakut <input type="checkbox"/> Elektivt	OBS: Medsend venligst journal kopi, medicinstatus og blodprøvesvar, evt. billeddiagnostik:
--	---

Henvisningsdiagnose (herunder evt. bidiagnose)
Almen tilstand
Lægelige oplysninger/kort sygdomsresume
Allergier

Hvilke symptomer har patienten? <input type="checkbox"/> Smerter <input type="checkbox"/> Kvalme <input type="checkbox"/> Dyspnø <input type="checkbox"/> Træthed <input type="checkbox"/> Angst og utryghed <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Forstoppelse <input type="checkbox"/> Andet
Hvilke symptomer/lidelser oplever patienten belastende?

Visitationskriterier

Den endelige visitation af patienter foretages af Diakonissestiftelsens Hospice efter følgende kriterier:

- Patienten skal være uhelbredeligt syg
- Patienten skal have behov for pleje og behandling, som kræver specialiseret tværfaglig indsats
- Patienten skal selv ønske at komme på Diakonissestiftelsens Hospice
- Patienten skal være klar og orienteret

- Patienten opfylder visitationskriterierne

Forbeholdt Hospice

Henvisende læge

--	--

OBS! Vedlæg relevante journalpapirer, opdateret medicinliste og blodprøvesvar
Henvisning fremsendes pr. post eller faxes på **38 38 49 40**